



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/247 - CUANDO LAS COSAS NO SON LO QUE PARECEN

R. Pérez Bol^a, S. Crespo González^b, C. Cayón de las Cuevas^c, F.J. Álvarez Álvarez^d, J.M. Muñoz Pérez^e, I. Roiz González^f, C. Domínguez Mosquera^g, A.R. Fernández Escudero^h e I. Gutiérrez Villaⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria. ^hMédico de Familia. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Madrid. ⁱEnfermera. Centro de Salud de Cudeyo. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años. Antecedentes personales: diabetes mellitus tipo II, artrosis, Hipertensión arterial y dislipemia. Avisa su hijo para acudir a domicilio porque la paciente está con gastroenteritis. Refiere vómitos, diarrea y dolor abdominal. Exploración: abdomen con aumento de ruidos hidroaéreos y resto de exploración física normal. Tensión arterial: 180/105. Se diagnostica de gastroenteritis y se pone metoclopramida im y se indica dieta. Cuando nos íbamos, la paciente sigue quejándose de que aumenta el dolor abdominal, señalándose en epigastrio como punto más doloroso, por lo que la trasladamos al centro de Salud para realizar ECG, para descartar posible cardiopatía isquémica. En el ECG se observa elevación de ST de V2 a V6. Se pone nitroglicerina sublingual, oxígeno, vía venosa y AAS y se deriva al hospital donde ingresa.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: aumento de ruidos hidroaéreos. TA: 180/105. ECG: elevación de ST de V2 a V6. Analítica: elevación de Ck y troponina. Realizan coronariografía (con afectación importante de descendente anterior), angioplastia coronaria con implante de Stent y ecocardiograma.

Juicio clínico: Infarto agudo de miocardio anterolateral y apical extenso en paciente diabético.

Diagnóstico diferencial: Ulcus gástrico, pancreatitis aguda, colecistitis aguda, hernia de hiato, esofagitis, disección aórtica, desgarro esofágico, neumotórax a tensión, pericarditis.

Comentario final: La diabetes es una de las enfermedades que mayor riesgo tienen para desarrollar una enfermedad coronaria. Su pronóstico y mortalidad se duplica con respecto a los pacientes no diabéticos. Los diabéticos pueden presentar una reducción en su capacidad de sentir el dolor en un infarto. En estos pacientes el infarto puede ser silente o presentarse con síntomas atípicos como decaimiento, sudación, vómitos, disnea o confusión mental. Esto hace que no se sospeche desde el inicio y pueda pasar como una patología más banal, lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento empeorando por tanto su pronóstico. El infarto indoloro o con síntomas atípicos es especialmente frecuente en ancianos y mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Piña Y, Odelmis L, Parla J, Fernández M. Isquemia miocárdica silente en diabéticos tipo 2. Rev Cubana Endocrinol. 2012;23(2):139-49.
2. García F, Pérez M, Molina J, Sánchez JI, Frías J, Pérez M. El infarto de miocárdico en el diabético: implicaciones clínicas, pronósticos y terapéuticas en la era trombolítico-intervencionista. Med Intensiva. 2001;25(8):311-20.